

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Ковтун Ольга Петровна
Должность: ректор
Дата подписания: 14.12.2023 12:05:50
Уникальный программный ключ:
f590ada38fac7f9d3be3160b34c218b72d19757c

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Уральский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра госпитальной терапии и скорой медицинской помощи**

Фонд оценочных средств по дисциплине

«Внутренние болезни»

Специальность : 3.1.18 Внутренние болезни

**г. Екатеринбург
2022**

Фонд оценочных средств по дисциплине «Внутренние болезни» составлен в соответствии с Федеральными государственными требованиями к структуре программ подготовки научных и научно-педагогических кадров в аспирантуре, условиям их реализации, срокам освоения этих программ с учетом различных форм обучения, образовательных технологий и особенностей отдельных категорий аспирантов, утвержденными приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 20 октября 2021 г. № 951.

Информация о разработчиках ФОС:

№	ФИО	должность	уч. звание	уч. степень
1	Попов Артем Анатольевич	Зав.кафедрой	доцент	д.м.н.
2	Соколова Людмила Александровна	Профессор	профессор	д.м.н.
3.	Акимова Анна Валерьевна	доцент	-	К.м.н.
4	Хусаинова Диляра Феатовна	доцент	доцент	К.м.н.
5	Милащенко Ангелия Ивановна	ассистент	-	-

ФОС рецензирован:

- Долгушиной Анастасией Ильичной., д.м.н., профессором, заведующей кафедрой госпитальной терапии ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, главным внештатным специалистом гастроэнтерологом МЗ Челябинской области

ФОС обсужден и одобрен:

- на заседании кафедры госпитальной терапии и скорой медицинской помощи (протокол № 2 от 02.02.2022 г.);
- методической комиссией специальностей аспирантуры 03 февраля 2022 года (протокол № 3)

Промежуточный контроль

1. ДЛЯ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ХРОНИЧЕСКОГО ДУОДЕНИТА ХАРАКТЕРНЫ:
 - a) боли в эпигастральной области, возникающие сразу после приема пищи
 - b) ложные позывы на дефекацию
 - c) тяжелый астенический синдром
 - d) иррадиация боли в правое и/или левое подреберье
 - e) синдром мальабсорбции, мальдигестии
2. КАКОЙ ПРЕПАРАТ ЯВЛЯЕТСЯ ИНГИТОРОМ ЖЕЛУДОЧНОЙ СЕКРЕЦИИ?
 - a) эуфиллин;
 - b) метацин
 - c) кофеин;
 - d) гистамин;
3. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОГРАНИЧИВАЕТ РАСПРОСТРАНЕНИЕ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА, ВЫЗВАННОГО ПЕРФОРАЦИЕЙ ЯЗВЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ:
 - a) желчный пузырь
 - b) печень
 - c) малый сальник
 - d) большой сальник
 - e) поджелудочная железа
4. УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЕ СОЧЕТАНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ПРИЗНАКОВ ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО СКЛЕРОЗИРУЮЩЕГО ХОЛАНГИТА
 - a) женский пол, наличие холестатического синдрома, отсутствие признаков желчекаменной болезни, наличие в сыворотке крови аутоиммунных антител типа LKM-1, ANA, SMA;
 - b) мужской пол, наличие холестатического синдрома, частое сочетание с неспецифическим язвенным колитом, отсутствие признаков желчекаменной болезни, четкое утолщение/сужение как внутрипеченочных, так и внепеченочных желчных протоков, наличие в сыворотке крови аутоиммунных антител типа pANCA
 - c) женский пол, возраст старше 40 лет, окружность талии более 90 см, пять родов в анамнезе, низкая физическая активность
5. ПРИЗНАКОМ ДЕФИЦИТА ЖЕЛЕЗА ЯВЛЯЕТСЯ:
 - a) выпадение волос
 - b) иктеричность
 - c) увеличение печени
 - a) парестезии
6. ПРИ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗЕ:
 - a) поражаются только лимфатические узлы
 - b) рано возникает лимфоцитопения
 - c) в биоптатах определяют клетки Березовского-Штернберга.
7. ДЛЯ IGA- ВАСКУЛИТА ХАРАКТЕРНО:
 - a) гематомный тип кровоточивости;
 - b) васкулитно-пурпурный тип кровоточивости
 - c) удлинение времени свертывания
 - d) снижение протромбинового индекса
 - e) тромбоцитопения
8. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ГЕМОФИЛИИ ПРИМЕНЯЕТСЯ:
 - a) определение времени свертываемости;
 - b) определение времени кровотечения;
 - c) определение плазминогена.
9. ПОВЫШЕНИЕ АД ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ И ПАРААНГИОМАХ ИМЕЕТ ХАРАКТЕР:
 - a) изолированного диастолического;
 - b) с асимметрией на верхних и нижних конечностях
 - c) кризового;
 - d) изолированного систолического
10. ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ЭФФЕКТОМ АНТАГОНИСТОВ КАЛЬЦИЕВЫХ КАНАЛОВ, КРОМЕ ГИПОТЕНЗИВНОГО, ЯВЛЯЕТСЯ:
 - a) коронаролитический;
 - b) диуретический
 - d) снижение уровня мочевой кислоты в крови;
11. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ:
 - a) наличием сосудистых осложнений
 - b) состоянием органов, регулирующих артериальное давление
 - c) устранением патогенетических механизмов гипертензии
12. КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГЛАЗНОГО ДНА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ?
 - a) сужение вен;
 - b) извитость сосудов;
 - c) расширение артерий сетчатки;
 - d) кровоизлияния в сетчатку и плазморрагии;

- е) правильные ответы b и d
а)
13. КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ ПОКАЗАНЫ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ?
а) ритмилен
б) дигоксин
с) Финоптин
д) гилуритмал
14. КАКИЕ ПРИЗНАКИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ СИНДРОМА СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА?
а) желудочковые экстрасистолы
б) синоаурикулярная (синоатриальная) блокада
с) атриовентрикулярная блокада
15. ПРИ КАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВСТРЕЧАЮТСЯ ПРИСТУПЫ МОРГАНЬИ-ЭДАМСА-СТОКСА?
а) желудочковая экстрасистолия
б) фибрилляция желудочков;
с) мерцательная аритмия;
д) атриовентрикулярная блокада.
е)
16. КАКИЕ ЭХОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ИДИОПАТИЧЕСКОГО ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО СУБАОРТАЛЬНОГО СТЕНОЗА?
а) симметричная гипертрофия стенок левого желудочка;
б) переднее систолическое движение передней створки митрального клапана;
с) утолщение створок аортального клапана.
17. К ИНГАЛЯЦИОННЫМ КОРТИКОСТЕРОИДАМ ОТНОСИТСЯ:
а) гидрокортизон
б) беклометазон
с) преднизолон
д) полкортолон
е) дексаметазон
18. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ПРИ СТЕНОКАРДИИ У БОЛЬНОГО С БРАДИКАРДИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
а) пиндолол
б) пропранолол
с) верапамил
д) дилтиазем
е) метопролол
19. ПРЯМЫМ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ИНОТРОПНЫМ ЭФФЕКТОМ НЕ ОБЛАДАЕТ:
а) дигоксин;
б) гидралазин;
с) норадреналин;
д) эуфиллин;
е) допамин.
20. НАЗОВИТЕ ПРЕПАРАТ, ОКАЗЫВАЮЩИЙ ОРГАНОПРОТЕКТИВНЫЙ ЭФФЕКТ И ПОВЫШАЮЩИЙ ВЫЖИВАЕМОСТЬ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ
а) гидралазин (апрессин);
б) верапамил;
с) дигоксин;
д) нитросорбид;
е) каптоприл.
21. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ АНТИСЕКРЕТОРНОГО ДЕЙСТВИЯ ОМЕПРАЗОЛА СОСТАВЛЯЕТ:
а) 2-4 часа
б) 8-10 часов
с) 16-20 часов
д) 24 часа
е) 3 суток
22. ПРИ НАЛИЧИИ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ТРЕБУЕТСЯ КОРРЕКЦИЯ ДОЗ:
а) аналогов простагландинов;
б) омепразола;
с) H₂-блокаторов;
д) сульфата;
е) холиноблокаторов.
23. К ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ СРЕДСТВАМ ЛЕЧЕНИЯ НЕФРОТИЧЕСКОГО СИНДРОМА ОТНОСЯТСЯ: а) ДИУРЕТИКИ; б) ГЛЮКОКОРТИКОИДЫ, в) БЕЛКОВЫЕ ПРЕПАРАТЫ, г) ЦИТОСТАТИКИ, д) АНТИКОАГУЛЯНТЫ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:
а) б, д;
б) а, б, д;
с) б, г;
д) г, д;

- е) б, г, д.
24. ЧТО ОПРЕДЕЛЯЕТ РАЗВИТИЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ: а) ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ, б) ТРОМБОЦИТОПАТИЯ; в) СНИЖЕНИЕ ПРОТРОМБИНА; г) СНИЖЕНИЕ 4 ФАКТОРА ТРОМБОЦИТОВ; д) ГИПЕРКАЛИЕМИЯ? ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:
- а) в, д;
 б) в, г, д;
 в) а, в, д;
 г) а, в, г, д;
 д) а, б, г.
25. КАКИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ СРЕДСТВА ПРОТИВОПОКАЗАНЫ БОЛЬНЫМ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ: а) ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЕ СРЕДСТВА, б) НИТРОФУРАНЫ, в) ГЕНТАМИЦИН, г) ПОЛУСИНТЕТИЧЕСКИЕ ПЕНИЦИЛЛИНЫ, д) ЦЕФАЛОСПОРИНЫ? ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:
- а) а, б, в;
 б) г, д;
 в) а, в;
 г) б, д;
 д) а, б, д.
26. КАКОЙ АУСКУЛЬТАТИВНЫЙ ПРИЗНАК ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ?
- а) влажные хрипы;
 б) сухие хрипы на вдохе;
 в) сухие хрипы на выдохе.
27. В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМ ЛЕГОЧНЫМ СЕРДЦЕМ ОПРАВДАНО ПРИМЕНЕНИЕ СЛЕДУЮЩИХ МЕТОДОВ И СРЕДСТВ: а) ИНФУЗИИ РАСТВОРОВ НИТРОГЛИЦЕРИНА; б) БЛОКАТОРОВ КАЛЬЦИЕВЫХ КАНАЛОВ; в) СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ; г) АНТАГОНИСТОВ АЛЬДОСТЕРОНА; д) КРОВОПУСКАНИЯ С ПОСЛЕДУЮЩИМ ВВЕДЕНИЕМ РЕОПОЛИГЛЮКИНА. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:
- а) а, б, г, д;
 б) в, д;
 в) г, д;
 г) а, б, в;
 д) б, в, г.
28. НАЗОВИТЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ, КОТОРЫЕ ПРОВОДЯТСЯ НА ВСЕХ СТАДИЯХ ТЕЧЕНИЯ ХОБЛ:
- а. исключение факторов риска
 б. противогриппозная вакцинация
 в. ингаляции пролонгированных В2-агонистов
 г. ингаляции пролонгированных М-холинолитиков
29. ПО КАКИМ ПОКАЗАТЕЛЯМ ОЦЕНИВАЮТ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕГОЧНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ?
- а) ОФВ1
 б) ФЖЕЛ
 в) качество жизни
 г) степень выраженности одышки
 д) толерантность к физической нагрузке
30. ДЛЯ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО:
- а) ослабление II тона
 б) ослабление I тона
 в) щелчок открытия митрального клапана
 г) пресистолический шум
 д) протодиастолический шум

1	11	21	31						
с	с	е							
2	12	22							
б	Е	с							
3	13	23							
е	д	е							
4	14	24							
б	б	е							
5	15	25							
а	д	а							
6	16	26							
с	б	с							
7	17	27							
б	б	а							
8	18	28							
а	а	а,б							
9	19	29							

c	b	c,d							
10	20	30							
a	e	b							

Итоговый тест-контроль

- ПРИ РЕФЛЮКС-ЭЗОФАГИТЕ ПРИМЕНЯЮТ: а) НИТРОГЛИЦЕРИН; б) МОТИЛИУМ, в) НО-ШПУ, г) ДЕНОЛ, д) МААЛОКС, е) РАНИТИДИН. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ:
 - а, б, в
 - б, в, г
 - в, г, д
 - а, д, е
 - б, д, е
- МУЖЧИНА 50 ЛЕТ 3 ГОДА СТРАДАЕТ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛУКОВИЦЫ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ С ЧАСТЫМИ РЕЦИДИВАМИ ЯЗВЫ. НА ТЕРАПИЮ H_2 -БЛОКАТОРАМИ ГИСТАМИНА ОТВЕЧАЛ ПОЛОЖИТЕЛЬНО. ОЧЕРЕДНОЕ ОБОСТРЕНИЕ НАЧАЛОСЬ С БОЛЕЙ И ОСЛОЖНИЛОСЬ КРОВОТЕЧЕНИЕМ ЗА 4 НЕДЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ ЗАНТАКОМ ЯЗВА ЗАРУБЦЕВАЛАСЬ, НО ОСТАЛСЯ ЭРОЗИВНЫЙ АНТРАЛЬНЫЙ ГАСТРИТ. КАКОВА ДАЛЬНЕЙШАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА⁹
 - прерывистая курсовая терапия гастропепином;
 - поддерживающая терапия зантаксом в течение длительного времени;
 - хирургическое лечение;
 - терапия солкосерилом;
 - определение НР и при положительном результате - антибактериальная терапия на фоне приема де-нола
- УКАЖИТЕ ВОЗМОЖНЫЕ ИСХОДЫ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА:
 - образование кисты;
 - исход в панкреонекроз;
 - все перечисленное
- УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТУЮ ПРИЧИНУ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА:
 - злоупотребление алкоголем;
 - хронические вирусные инфекции;
 - желчекаменная болезнь;
 - избыточная масса тела, гиперлипидемия
- ПАЛЬПИРУЕМАЯ «КИШЕЧНАЯ АБДОМИНАЛЬНАЯ МАССА» ЯВЛЯЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ:
 - болезни Уиппла;
 - болезни Крона;
 - хронического дизентерийного колита;
 - целиакии;
 - неспецифического язвенного колита.
- ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ БЕЗОГОВОРЧНЫМ УСЛОВИЕМ ПРЕКРАЩЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ α -ИНТЕРФЕРОНОМ?
 - гриппоподобный синдром;
 - афтозный стоматит;
 - тромбоцитопения;
 - тяжелые депрессии;
 - артериальная гипертензия
- ДЛЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ХАРАКТЕРНЫ:
 - гипохромия, микроцитоз, сидеробласты в стернальном пунктате;
 - гипохромия, микроцитоз, мишеневидные эритроциты;
 - гипохромия, микроцитоз, повышение железосвязывающей способности сыворотки;
 - гипохромия, микроцитоз, понижение железосвязывающей способности сыворотки;
 - гипохромия, микроцитоз, положительная десфераловая проба
- ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТАЛАССЕМии ПРИМЕНЯЮТ:
 - десферал;
 - гемотрансфузионную терапию;
 - лечение препаратами железа;
 - фолиевую кислоту.
- ЧАЩЕ ВСЕГО ПРИ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗЕ ПОРАЖАЮТСЯ
 - забрюшинные лимфоузлы;
 - периферические лимфоузлы;
 - паховые лимфоузлы;
 - внутригрудные лимфоузлы.
- ЕСЛИ У БОЛЬНОГО ИМЕЕТСЯ УВЕЛИЧЕНИЕ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ, УВЕЛИЧЕНИЕ СЕЛЕЗЕНКИ, ЛЕЙКОЦИТОЗ С ЛИМФОЦИТОЗОМ, ТО СЛЕДУЕТ ДУМАТЬ О:
 - лимфогранулематозе;
 - остром лимфобластном лейкозе;
 - хроническом лимфолейкозе;
 - хроническом миелолейкозе;
 - эритремии.
- ОСНОВНЫМ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ КОАРКТАЦИИ ГРУДНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ

- ЯВЛЯЕТСЯ:
- a) увеличение АД на нижних конечностях;
 - b) гипотензия при измерении АД на верхних конечностях;
 - c) брадикардия высоких граций
 - d) гипертензия выше и гипотензия ниже места сужения аорты
 - e) увеличение ОЦК
12. КАКИЕ ЦИФРЫ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ВЗРОСЛЫХ ПРИНИМАЮТСЯ ЗА ГРАНИЦУ НОРМЫ?
- a) систолическое давление ниже 140 мм рт. ст., а диастолическое - ниже 90 мм рт. ст.;
 - b) систолическое давление равно или ниже 140 мм рт. ст., а диастолическое равно или ниже 90 мм рт. ст.;
 - c) систолическое давление ниже 150 мм рт. ст., а диастолическое давление равно 90 мм рт. ст.
13. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНЫХ НАДЖЕЛУДОЧКОВЫХ ТАХИКАРДИИ ПРИ СИНДРОМЕ ВОЛЬФ-ПАРКИНСОНА-ВАЙТА НАИЛУЧШИМ СРЕДСТВОМ СЧИТАЕТСЯ:
- a) дигоксин
 - b) анаприлин
 - c) новокаиномид
 - d) кордарон
14. ЧТО ПРЕДПОЧИТЕЛЬНОЕ ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА ПОЧВЕ МИТРАЛЬНОЙ РЕГУРГИТАЦИИ?
- a) нитросорбид внутрь
 - b) нитроглицерин внутривенно
 - c) каптоприл внутрь
 - d) дигоксин внутривенно с переходом на поддерживающий прием внутрь
 - e) фуросемид внутрь
15. ПОРОГОВОЙ ЧАСТОТой ПУЛЬСА ПО КРИТЕРИЯМ ВОЗ ДЛЯ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ 50-59 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ:
- a) 170 в мин
 - b) 175 в мин
 - c) 180 в мин
 - d) 140 в мин
 - e) менее 120 в мин
16. ПРИ КАКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЧАЩЕ ВСЕГО РАЗВИВАЕТСЯ ФИБРИЛЛЯЦИОН ПРЕДСЕРДИЙ?
- a) гипертрофическая кардиомиопатия
 - b) митральный стеноз;
 - c) тиреотоксикоз;
 - d) миокардит;
 - e) правильно b и c.
17. КАКИЕ ПРЕПАРАТЫ ПОКАЗАНЫ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ?
- a) Ритмилен
 - b) Изоптин
 - c) Гилуритмал
 - d) Амиордарон
 - e) все перечисленное
18. КАКОЙ СИМПТОМ ОБЪЕДИНЯЕТ ТАКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, КАК АНЕМИЯ, ТИРЕОТОКСИКОЗ, ПРОЛАПС МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА, РАЗРЫВ ПАПИЛЛЯРНЫХ МЫШЦ, РЕВМАТИЧЕСКИЙ МИТРАЛЬНЫЙ ПОРОК?
- a) диастолический шум на верхушке;
 - b) систоло-диастолический шум;
 - c) шум Флинта;
 - d) систолический шум на верхушке;
 - e) шум Грекема-Стилла.
19. АЗОВИТЕ ПРЕПАРАТ, ИМЕЮЩИЙ ХОЛИНОЛИТИЧЕСКИЕ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ:
- a) лидокаин;
 - b) хинидин;
 - c) амиодарон
 - d) верапамил;
 - e) этмозин.
20. НАИБОЛЕЕ ДЛИТЕЛЬНОЕ АНТИСЕКРЕТОРНОЕ ДЕЙСТВИЕ ИМЕЕТ:
- a) мизопростол
 - b) ланзопразол
 - c) омепразол
 - d) фамотидин
 - e) эзомепразол
21. ВЕДУЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ В ПАТОГЕНЕЗЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ОСТРОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ ПРИДАЕТСЯ: а) ЗАДЕРЖКЕ НАТРИЯ И ВОДЫ, б) УВЕЛИЧЕНИЮ ОЦК И УДАРНОГО ОБЪЕМА СЕРДЦА; в) СУЖЕНИЮ ПОЧЕЧНЫХ АРТЕРИЙ (ВАЗОРЕНАЛЬНЫЙ МЕХАНИЗМ), г) ГИПЕРКАТЕХОЛАМИНЕМИИ И УВЕЛИЧЕНИЮ КАТЕХОЛАМИНОВ; д) УВЕЛИЧЕНИЮ УРОВНЯ КОРТИЗОЛА В КРОВИ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:
- a) а, в
 - b) а, б, в

- c) в, г
 - d) а, в, г
 - e) а, б
22. ПОКАЗАНИЯ К НАЗНАЧЕНИЮ ГЛЮКОКОРТИКОИДОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ: а) ВЫСОКАЯ АКТИВНОСТЬ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА; б) НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ в)ИЗОЛИРОВАННАЯ ПРОТЕИНУРИЯ; г)ИЗОЛИРОВАННАЯ ГЕМАТУРИЯ; д)ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ СИНДРОМ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ.
- a) а, г;
 - b) а, д;
 - c) а, в;
 - d) г, д;
 - e) а, б
23. ПОКАЗАНИЯ К НАЗНАЧЕНИЮ ЦИТОСТАТИКОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ: а) НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ б) АКТИВНЫЕ ФОРМЫ НЕФРИТА; в) ВЫРАЖЕННАЯ ГЕМАТУРИЯ, г) ИЗОЛИРОВАННАЯ ПРОТЕИНУРИЯ; д) ТЕРМИНАЛЬНАЯ ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:
- a) а, б;
 - b) а, б, в, д;
 - c) в, д;
 - d) а, б, г;
 - e) а, б, в.
24. КАКИЕ ОРГАНЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЮТСЯ ПРИ АМИЛОИДОЗЕ? а) ПОЧКА; б) СЕРДЦЕ; в) КИШЕЧНИК; г) СЕЛЕЗЕНКА; д) ПЕЧЕНЬ. ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ
- a) а,б
 - b) а, в
 - c) г, д
 - d) б, г, д
 - e) все ответы правильные
25. КАКИЕ ПРИЗНАКИ ПОЗВОЛЯЮТ ОТЛИЧИТЬ РАК ПОЧКИ ОТ ГЕМАТУРИЧЕСКОГО ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА: а) БЕЗБОЛЕВАЯ ГЕМАТУРИЯ В СОЧЕТАНИИ С ЛИХОРАДКОЙ, б) УВЕЛИЧЕНИЕ СОЭ И ЭРИТРОЦИТОЗ, в) ГИПОТОНИЯ, г) СЕЛЕКТИВНАЯ ПРОТЕИНУРИЯ, д) НИЗКИЙ УДЕЛЬНЫЙ ВЕС МОЧИ: ВЫБЕРИТЕ ПРАВИЛЬНУЮ КОМБИНАЦИЮ ОТВЕТОВ:
- a) а, б
 - b) б, в, г;
 - c) а, б, г;
 - d) б, г, д.
 - e) а, б, г, д;
 - f)
26. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ ХОБЛ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ:
- a) тиоптропий
 - b) ипратропий
 - c) сальбутамол
 - d) индакатерол
 - e) аклидиний
27. ВОЗНИКНОВЕНИЮ ХОБЛ СПОСОБСТВУЕТ:
- a) курение
 - b) адинамия
 - c) прием алкоголя
 - d) хронический стресс
 - e) переутомление
28. ДЛЯ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ ШУМА:
- a) на верхушке сердца
 - b) во 2 межреберье справа от грудины
 - c) во 2 межреберье слева от грудины
 - d) в 4 межреберье справа от грудины
 - e) в 4 межреберье слева от грудины
29. ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ СЕРДЦА ДЛЯ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗОА ХАРАКТЕРЕН:
- a) ритм перепела
 - b) систолический шум на верхушке
 - c) акцент II тона на аорте
 - d) диастолический шум на аорте
 - e) ослабление I тона на верхушке, акцент II тона на легочном стволе
30. РЕФЛЕКС КИТАЕВА – ЭТО:
- a) рефлекторное увеличение числа сердечных сокращений в ответ на повышение давления в устьях полых вен
 - b) увеличение сократительной способности миокарда в ответ на растяжение мышечных волокон при дилатации миокарда
 - c) рефлекторное повышение тонуса артериол малого круга в ответ на повышение давления в венах малого круга
 - d) повышение давления в артериях малого круга в ответ на недостаточную вентиляцию легких
 - e) рефлекторное нарушение вазомоторной иннервации сосудов с падением их тонуса при тромбозмболии легочной артерии

1	11	21							
e	d	e							
2	12	22							
e	a	e							
3	13	23							
c	d	a							
4	14	24							
a	d	b							
5	15	25							
b	d	a							
6	16	26							
d	e	A							
7	17	27							
c	e	a							
8	18	28							
a	d	a							
9	19	29							
b	b	a							
10	20	30							
c	e	c							

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЕ БИЛЕТЫ

Билет №1

- 1.Диагностика при впервые выявленной артериальной гипертензии.
- 2.Внебольничная пневмония: лечение.
- 3.Хроническая диарея: этиология.

Билет №2

- 1.Стратификация риска у больных артериальной гипертонией и тактика ведения.
- 2.Внебольничная пневмония: этиология, диагностика.
- 3.Остеопороз: факторы риска, профилактика.

Билет №3

- 1.Выбор препарата для лечения артериальной гипертензии.
- 2.Внебольничная пневмония: показания к госпитализации.
- 3.Запор: диагностика.

Билет №4

- 1.Стенокардия напряжения: лечение, показания к реваскуляризации.
- 2.Внебольничная пневмония: тактика ведения больного в амбулаторных условиях.
- 3.Запор: этиология.

Билет №5

- 1.Факторы риска ишемической болезни сердца, принципы коррекции.
- 2.Хроническая обструктивная болезнь лёгких: факторы риска, классификация.
- 3.Запор: лечение.

Билет №6

- 1.Острый коронарный синдром без подъёма сегмента ST: лечение.
- 2.Хроническая обструктивная болезнь лёгких: диагностика.
- 3.Хронический гепатит: этиология.

Билет №7

- 1.Инфаркт миокарда с подъёмом сегмента ST: лечение.
- 2.Бронхиальная астма: этиология и патогенез.
- 3.Хронический гепатит: диагностика.

Билет №8

- 1.Хроническая сердечная недостаточность: классификация, этиология.
- 2.Хроническая обструктивная болезнь лёгких: фармакотерапия при стабильном течении.
- 3.Железодефицитная анемия: диагностика.

Билет №9

- 1.Хроническая сердечная недостаточность: диагностика.
- 2.Хроническая обструктивная болезнь лёгких: лечение обострения.
- 3.Гломерулонефрит: этиология.

Билет №10

- 1.Хроническая сердечная недостаточность: лечение.
- 2.Бронхиальная астма: классификация.
- 3.Острый гломерулонефрит: диагностика.

ЗАДАЧИ

Задача 1.

Пациентка 18 лет обратилась с жалобами на слабость, головокружение и потемнение в глазах при быстром вставании из положения лежа или при переходе из положения в наклон в вертикальное. Нравится вкус мела и запахи метро. Часто бывают трещины в углах рта, которые долго не заживают. Родилась пятой в семье. Менструальные по 6-7 дней со сгустками в течение одного-двух дней, цикл 28 дней.

Кожа и слизистые бледные. На легочной артерии выслушивается систолический шум. На правой яремной вене – «шум волчка». Пульс в покое 84 в мин., удовлетворительных свойств. Печень у реберной дуги, край острый мягкий, селезенка не пальпируется, размер по Курлову (0)6/5 см.

Кровь: гемоглобин 85 г/л, эр. 3,5 млн./мкл, цв.п. 0,74, тромбоц. 178 тыс./мкл. Л.4,3 тыс./мкл, эо.2%, п.2%, с.68%, лимф.24%, мон.4%, анизоцитоз ++, пойкилоцитоз ++, гипохромия эритроцитов, СОЭ 21 мм/час.

Вопросы:

1. Каковы основные синдромы заболевания? Какие симптомы их составляют?
2. Предполагаемый диагноз?
3. Нужны ли дополнительные исследования?
4. Лечение?

Ответ

1. Анемический синдром: слабость, головокружение, ортостатическая гипоксия мозга, бледность, скоростные шумы в кровеносных сосудах, низкий уровень гемоглобина.

Синдром дефицита железа: вкусовые и обонятельные прихоти, рецидивирующий ангулярный стоматит, низкий цветовой показатель.

2. Диагноз. Железодефицитная анемия средней степени тяжести.

3. Учитывая возраст пациентки и клинику заболевания (малая вероятность онкологического заболевания, которое могло бы привести к ЖДА), типичную симптоматику ЖДА, убедительную причину (родилась пятой в семье, обильные месячные) и низкий цветовой показатель, дополнительных исследований можно не проводить. Целесообразна консультация гинеколога-эндокринолога.

4. Феррум Лек по 0,1 дважды в день, независимо от приема пищи. Полноценное разнообразное питание с достаточным количеством красного мяса.

Задача 2.

Женщина 30 лет направлена к гематологу с диагнозом: Беременность 37-38 недель, анемия. Беременность развивается нормально. В течение последнего месяца получала препараты железа, витамин В₁₂ по 500 мкг в течение 15 дней.

Состояние тяжелое. Бледна. Склеры субъиктеричны. Селезёнка не пальпируется, перкуторно (0)9/6 см. ЧСС 92/мин. АД 90/60 мм рт. ст.

Кровь: HGB 60 g/L, RBC $1,4 \times 10^6/\mu\text{L}$, MCV 110 fL, MCH 42,6 pg, WBC $10,2 \times 10^3/\mu\text{L}$, NEUT 74%, LYMPH 21%, MONO 2%, EOS 2%, BASO 1%, PLT $310 \times 10^3/\mu\text{L}$, СОЭ 50 мм/час. Выраженный смешанный анизоцитоз, пойкилоцитоз ++, эритрокарициты 8:100, в эритроцитах часто встречается базофильная пунктация, иногда тельца Жолли, гиперсегментация ядер нейтрофилов.

Задание:

1. Установите диагноз.
2. Назначьте необходимые дополнительные исследования.
3. Назначьте лечение.

Ответ

1. Диагноз: Фолиево-дефицитная анемия беременной. Обоснование: налицо симптоматика мегалобластной анемии. Так как пациентка получала вит.В₁₂, а признаки мегалобластного эритропоэза не исчезли, витамин В₁₂-дефицитную анемию можно исключить. Остается фолиево-дефицитная анемия. Этот случай из давней практики. В настоящее время все врачи знают, что беременные должны получать, если нет показаний для больших доз, фолиевую кислоту не менее 400 мкг/день.

2. Дополнительные исследования: стерильная пункция (исключение миелодиспластического синдрома). Тщательно расспросить о возможном приеме препаратов, которые могут вызывать дефицит фолиевой кислоты.

3. Лечение. Переливание эритромассы для повышения уровня гемоглобина перед родами до 100 г/л. Фолиевая кислота по 1 мг 4-5 раз в день до нормализации эритропоэза, затем по 1 мг в послеродовом периоде и до окончания кормления ребенка грудью.

Задача 3.

Женщина 50 лет жалуется на боли во рту и горле, усиливающиеся во время еды, сухой кашель. Пять лет назад во время ОРИ принимала анальгин, цитрамон, сульфадиметоксин. Развилась тяжелая ангина. Лечение антибиотиками и преднизолоном с выздоровлением. Чувствовала себя хорошо, никаких лекарств не принимала. Несколько дней назад приняла таблетку анальгина по поводу головной боли. На следующий день повысилась температура до 39°, которую снизила парацетамолом. Но к вечеру температура вновь поднялась до 38° и появились сильные боли в горле, затем в левой щеке, появился кашель. Скорой помощью доставлена в больницу.

Состояние тяжелое. Температура 40°C, поднижнечелюстные лимфоузлы размером около 1 см, болезненны. На слизистой левой щеки, на миндалинах некротические участки серого цвета. При исследовании легких патологии не выявлено, кроме одышки до 34/мин. ЧСС 100/мин. АД 90/65 мм рт. ст. Живот мягкий, печень пальпируется на вдохе, острый безболезненный мягкий край. Селезенка не пальпируется. Перкуторно по Курлову (0)6/6 см.

Кровь: HGB 130 g/L, RBC $4,0 \times 10^6/\mu\text{L}$, MCV 90 fL, MCH 31 pg, WBC $1,2 \times 10^3/\mu\text{L}$, NEUT 4%, LYMPH 96%, плазмциты 2:100 лейкоцитов, PLT $210 \times 10^3/\mu\text{L}$, СОЭ 35 мм/час.

Задание:

1. Назовите основные симптомокомплексы заболевания.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Назовите необходимые исследования для уточнения диагноза.
4. Назначьте лечение.

Ответ

1. Воспалительно-некротический синдром: некротическая ангина, стоматит, агранулоцитоз.

2. Гаптенный лекарственный (анальгин (?)) агранулоцитоз. Не исключается пневмония – одышка не соответствует ЧСС, соотношение ЧД:ЧСС ≈ 3 .

3. Пунктат грудины: миелокариоциты 49 тыс./мкл, мегакариоциты 30/мкл, гранулоциты 4%, эритрокариоциты 28%. Лимфоциты 61%, мон.5%, плазмциты 2%. Рентгенография легких: в заднебазальном сегменте слева на фоне усиления легочного рисунка определяется инфильтрация легочной ткани без четких контуров, размером 3×4 см., на остальном протяжении легочные поля прозрачны. Корни легких структурны. Диафрагма подвижна.

4. Больная помещена в асептический блок.

Назначены антибиотики, инфузионная детоксикация. Больной при выписке необходимо категорически запретить принимать анальгин, НПВП, сульфаниламиды.

ЗАДАЧА 4

Больной 25 лет предъявляет жалобы на отечность век в утренние часы, отеки на ногах к вечеру.

Anamnesis morbi. Болен в течение 20 дней, когда обратил внимание на отечность век в утренние часы. Через несколько дней появились теки на ногах. За 2 недели до появления отеков болело горло, повышалась температура до 38°C, к врачу не обращался.

Anamnesis vitae. Образование среднее. Работает шофером. В детстве страдал хроническим гастритом. Последние 5 лет к врачу не обращался.

Status praesens. Состояние удовлетворительное. Кожный покров бледно-розовой окраски. Незначительная припухлость век, пастозность голеней. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы сердца в норме. Сокращения ритмичные 72 удара в минуту. АД=150/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 2 см ниже края реберной дуги, мягкая, безболезненная. Размеры печени по Курлову 11x10x9см. Симптом Пастернацкого отрицательный с 2-х сторон. Почки не пальпируются, болезненность при пальпации отсутствует.

Данные лабораторного и инструментального обследования:

ОАК: Нв=130 г/л, МСН=29, Л=8x10⁹/л, Э-1, П-3, С-60, , Л-30, М-6, СОЭ=18 мм/час.

ОАМ: уд.вес 1030, желтая, мутная, белок=2,0 г/л, сахар –отр, Л=10-15 в п/зрения, Эр=10-20 в п/зрения, цилиндры гиалиновые 5-7 в п/зрения.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз
2. Интерпретируйте лабораторные данные
3. Назначьте дополнительные обследования (минимальный объем)
4. Ваша тактика в отношении больного

Эталон ответа

1. ОНС (ОГН?)
2. В ОАК незначительно ускорена СОЭ, в ОАМ: умеренная протеинурия, лейкоцитурия, эритроцитурия, цилиндрурия
3. Суточная протеинурия, ан.мочи по Нечипоренко. Общий белок крови, мочевины и креатинин. УЗИ почек.
4. Консультация нефролога (госпитализация в нефрологическое отделение). Проведение нефробиопсии, определение СРП, ЦИК, СН₅₀, IgA, IgM, IgG., расчет СКФ, АСЛ-О. Обследование для исключения СКВ (а/т к ДНК.антинуклеарные а/т, ЛЕ-клетки), системного васкулита (АНЦА, криоглобулины).

ЗАДАЧА 5

Больной 19 лет. Предъявляет жалобы на незначительные отеки на лице, отечность голеней.

Anamnesis morbi. Болен в течение месяца, когда после перенесенной на ногах интеркуррентной инфекции стал отмечать отеки век и голеней. К врачам обратился по настоянию родителей.

Anamnesis vitae. Образование неполное высшее (студент 2 курса горной академии). Хронические заболевания отрицает.

Status praesens. Состояние удовлетворительное. Кожный покров бледной окраски, нормальной влажности. Отеки век, мягкие теплые незначительные отеки голеней. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца расширены влево на 1 см. Тоны несколько приглушены, сокращения ритмичные 84 в минуту. АД=160/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 1 см ниже края реберной дуги, эластической консистенции, безболезненная. Размеры печени по Курлову 11x10x9см. Симптом Пастернацкого отрицательный с 2-х сторон. Почки не пальпируются, болезненность при пальпации отсутствует.

Данные лабораторного и инструментального обследования:

ОАК: Нв=110 г/л, МСН=29, Л=7x10⁹/л, Э-1, П-3, С-60, , Л-30, М-6, СОЭ=25 мм/час.

ОАМ: уд.вес 1015, желтая, мутная, белок=7,0 г/л, сахар –отр, Л=3-5 в п/зрения, Эр=15-20 в п/зрения, цилиндры гиалиновые 5-7 в п/зрения. СБМ=18,7 г/сутки.

Белок крови 40 г/л, альбумины 40%, глобулины: $\alpha_1=6$; $\alpha_2=18$; $\beta=10$; $\gamma=16\%$.
Мочевина 16 ммоль/л, креатинин=190 мкмоль/л, холестерин 16 ммоль/л. При повторном исследовании через 7 дней мочевины 22 ммоль/л, креатинин=240 мкмоль/л.

УЗИ почек: размеры 110х60 мм, толщина паренхимы 18 мм.

Задание

5. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
6. Интерпретируйте лабораторные данные
7. Назначьте дополнительные обследования (минимальный объем)
8. Ваша тактика ведения больного

Эталон ответа

1. БПНС, Полный НС, тяжелое течение. Транзиторное снижение функции почек?
2. В ОАК анемия нормохромная, ускорена СОЭ. В ОАМ: протеинурия, эритроцитурия, цилиндрурия; СБМ-массивная протеинурия. Показатели мочевины и креатинина в первом случае повышены в 2 раза, при повторном исследовании - в 3 раза. Гипопротеинемия, гипоальбуминемия диспротеинемия, гиперхолестеринемия. На УЗИ почки нормальных размеров, нормальная толщина коркового слоя.
3. нефробиопсия (предполагается наличие полулуний)
4. Преднизолон 1 мг/кг/сутки, нефробиопсия, после уточнения диагноза решение вопроса о присоединении цитостатиков (циклофосфамида), верошпирон 200 мг/сутки, фуросемид, переливание полиглюкина и свежезамороженной плазмы крови, через 2 недели после биопсии гепарин, курантил.

ЗАДАЧА 6

Больная 25 лет предъявляет жалобы на тупые боли в поясничной области больше справа, постоянного характера, без иррадиации. На учащенное мочеиспускание, рези при мочеиспускании, на повышение температуры до 38°C.

Anamnesis morbi. Больна в течение 5 дней, когда после переохлаждения появилось учащенное мочеиспускание, рези внизу живота при мочеиспускании. Принимала настой толокнянки. Рези при мочеиспускании уменьшились, но вчера повысилась температура до 38 °С, появилась тяжесть в поясничной области.

Anamnesis vitae. Образование среднее. Работает кассиром. Перенесенные заболевания: хронический гастрит, хр.цистит, хр.аднексит.

Status praesens. Состояние удовлетворительное. кожные покровы бледно-розовой окраски, горячий, влажный. Температура до 37,8°C. Отеков нет. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, сокращения ритмичные 90 уд.в минуту. АД=120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, безболезненная. Симптом Пастернацкого положительный с 2-х сторон, больше справа. Почки не пальпируются, при пальпации болезненность в проекции почек.

Данные лабораторного и инструментального обследования:

ОАК: Нв=130 г/л, МСН=29, Л=12х10⁹/л, Э-1, П-6, С-65, , Л-24, М-4, СОЭ=25 мм/час.

ОАМ: уд.вес 1016, желтая, мутная, белок=0,066 г/л, сахар –отр, Л=30-50 в п/зрения, Эр=0-1-3 в п/зрения, цилиндры гиалиновые 5-7 в п/зрения.

УЗИ почек: RD=RS размеры 100х50, мм, толщина коркового слоя 18 мм. ЧЛС не расширена, уплотнена.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз
2. Интерпретируйте лабораторные данные
3. Ваша тактика ведения больного
4. Какие дополнительные обследования необходимо провести больному

Эталон ответа

1. Хронический вторичный пиелонефрит, рецидивирующее течение, обострение. Хронический цистит, обострение.
2. В ОАК лейкоцитоз со сдвигом влево, ускорение СОЭ. В ОАМ: снижение уд.веса, лейкоцитурия, незначительная эритроцитурия, цилиндрурия. На УЗИ органической патологии не выявлено.
3. Госпитализация в терапевтическое отделение. Назначение антибиотиков (фторхинолоны, цефалоспорины), мочегонные травы.
4. экскреторная урография, посев мочи, исследование мочи по Зимницкому мочевина, креатинин крови, расчет СКФ.

ЗАДАЧА 7

Больная 70 лет; беспокоят головные боли, одышка на фоне повышения АД до 220/130 мм рт.ст.

Anamnesis morbi. В течение 20 лет страдает гипертонической болезнью, постоянно принимает гипотензивные: в течение последних нескольких лет лозартан 100 мг и индапамид 2,5 мг, что позволяло поддерживать АД на уровне 130-140/80 мм рт.ст. с редкими подъемами до 160-170-100 мм рт.ст. В течение последних 6 месяцев отмечает, что АД повысилось до 180-190-110 мм рт.ст. с подъемами до 220/130 мм рт.ст.

Anamnesis vitae. Пенсионерка, не работает. Перенесенные заболевания: хронический холецистит, атеросклероз сосудов нижних конечностей, сахарный диабет 2 типа.

Status praesens. Состояние удовлетворительное. Кожный покров бледно-розовой окраски. Отеков нет. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы сердца расширены влево на 2 см. Сосудистый пучок 10 см (7+3). Тоны сердца ясные, акцент 2 тона во 2-м межреберье справа от грудины, здесь же систолический шум. Сокращения ритмичные 86 удара в минуту, систолический шум по ходу брюшной аорты с максимумом на 4 см выше пупка. АД=200/120 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, мягкая, безболезненная. Почки не пальпируются, болезненность при пальпации отсутствует.

Данные лабораторного и инструментального обследования:

ОАК: Нв=120 г/л, МСН=29, Л=6х10⁹/л, Э-1, П-3, С-60, , Л-30, М-6, СОЭ=14 мм/час.

ОАМ: уд.вес 1016, желтая, прозрачная, белок=0, сахар –отр, Л=2-3 в п/зрения, Эр=0 в п/зрения.

УЗИ почек RD=RS=95х50, толщина коркового слоя=18 мм. ЧЛС не расширена, уплотнена.

Задание

9. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз
10. Интерпретируйте лабораторные данные

11. Назначьте дополнительные обследования (минимальный объем)
12. Ваша тактика в отношении больного

Эталон ответа

1. Гипертоническая болезнь 3 стадии, 3 степени тяжести, риск ССО 4, стеноз почечных артерий
2. ОАК без изменений, ОАМ: снижение уд.веса, УЗИ почек без изменений.
3. УЗИ почечных сосудов, креатинин и мочевины крови, исследование мочи по Зимницкому
4. Подключение к терапии верапамила 240-360 мг/сутки, консультация сосудистого хирурга для решения вопроса о проведении аортографии (КТ) и стентирования почечных сосудов.

ЗАДАЧА 8

Больная 32 лет; беспокоят головные боли, одышка, сердцебиение, дрожь, потливость на фоне повышения АД до 220/130 мм рт.ст.

Anamnesis morbi. Больна в течение 5 лет когда появились ничем неспровоцированные подъемы АД до 220/120 мм рт.ст. которые сопровождались повышением температуры до 38°C, сердцебиением, дрожью, головными болями. АД снижалось самостоятельно через 30-40 минут до 90/60. В перерывах между подъемами АД=120/80. Последние несколько подъемов АД участились, что заставило обратиться к врачу.

Anamnesis vitae. Образование среднее. Работает водителем трамвая. Перенесенные заболевания: хронический холецистит.

Status praesens. Состояние удовлетворительное. Кожный покров бледно-розовой окраски. Отеков нет. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы сердца расширены влево на 1 см. Тоны сердца ясные, сокращения ритмичные. 72 удара в минуту. АД=120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, мягкая, безболезненная. Почки не пальпируются, болезненность при пальпации отсутствует.

Данные лабораторного и инструментального обследования:

ОАК: Нв=130 г/л, МСН=29, Л=6х10⁹/л, Э-1, П-3, С-60, , Л-30, М-6, СОЭ=10 мм/час.

ОАМ: уд.вес 1020, желтая, прозрачная, белок=0, сахар –отр, Л=2-3 в п/зрения, Эр=0 в п/зрения.

УЗИ почек RD=RS=95х50, толщина коркового слоя=18 мм. ЧЛС не расширена, уплотнена. Увеличен левый надпочечник.

Задание

13. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз
14. Интерпретируйте лабораторные данные
15. Назначьте дополнительные обследования (минимальный объем)
16. Ваша тактика в отношении больного

Эталон ответа

1. Феохромоцитома левого надпочечника?
2. АОК и ОАМ – без патологии, опухоль левого надпочечника
3. Экскреция ВМК (метэпинефрина) в суточной моче, КТ надпочечников, ЭКГ
4. консультация эндокринолога